Lane Medical Library

Aus der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik (Anscharhaus)
zu Kiel.
Direktor: Prof. Dr. Göbell.

Über Hasenscharten und ihre operative Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Methode nach Prof. Ferdinand Petersen.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hedwig Faus
prakt. Zahnärztin aus Saarbrücken.

KIEL 1930.

№ 14.

Rektoratsjahr 1930/31.

Referent: gez. Prof. Dr. Göbell.

Korreferent: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Anschütz.

Zum Druck genehmigt: Prof. Dr. Schröder.
z. Zt. Dekan.

Druck der Buch- und Steindruckerei Gottl. D. Meyer, Libau.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0066

Unter den angeborenen Mißbildungen stellen die Hasenscharten einen großen Prozentsatz dar. Sie bedeuten nicht geringe Gefahr für das Leben und die Entwicklung der betroffenen Säuglinge und machen es dringend notwendig, durch möglichst frühzeitige geeignete Behandlung die Kinder von den Schädigungen dieser Entwicklungsstörung zu befreien und späteren Sprachstörungen oder anderen Beeinträchtigungen für das Leben vorzubeugen. Die Hasenscharten erfahren eine häufige Komplikation durch Kiefer- und Gaumenspalten. In 42 unserer 65 Fälle konnten wir dies beobachten. In anderen Arbeiten finde ich ungefähr dasselbe Verhältnis: Fröbelius am St. Petersburger Findelhaus fand in 50% aller Fälle eine Beteiligung des Gaumens an der Spaltbildung; Müller (Tübingen) bei 270 Patienten 190 mal. Auch sonstige Mißbildungen können bei demselben Kinde noch neben der Spaltbildung im Gesicht vorhanden sein: ein kleiner Patient hatte an der linken Hand zwei Daumen, der überzählige durch eine dünne Hautbrücke mit dem normalen verbunden. Bei einem anderen waren an der linken Hand und den Füßen je ein Auswuchs mit Nagelbildung, gleichzeitig bestand eine Hernia funiculi umbilicalis und ein Meckelsches Divertikel mit gangrän. Peritonitis. Erwähnen möchte ich auch den Fall Nr. 46, es zeigte sich hier eine Atresia ani und eine Phimose.

Die Hasenscharten sind als Hemmungsmißbildungen aufzufassen, bedingt durch das Fortbestehen fötaler Entwicklungsphasen, der Nichtverschmelzung von mittlerem Nasenfortsatz mit seitlichem Nasenfortsatz und dem Oberkieferfortsatz. Die Beteiligung des seitlichen Nasenfortsatzes an dem Gebiete des Zwischenkiefers und der Bildung der Oberlippe ist noch nicht sichergestellt. Kölliker bestreitet es entschieden; Albrecht dagegen nimmt 4 ossa intermaxillaria an, jederseits einen medialen und lateralen. Der Spalt verläuft nach seiner Ansicht zwischen medialem und lateralem Zwischenkiefer, d. h. zwischen mittlerem und seitlichem Schneidezahn. Der Oberkieferfortsatz wäre demnach also bei der Entstehung der Lippenkieferspalte gar nicht beteiligt (wohl aber bei der schrägen Gesichtsspalte). Albrechts Angaben sind von

v. Meyer vollständig bestätigt worden. Auch Biondi berichtet von zwei Zwischenkiefern jederseits, deren einer aber aus dem Oberkieferfortsatz, der andere aus dem Stirnfortsatz entstehen soll. Merkel schließt sich nur bedingt der Ansicht Albrechts an und spricht von dem Vorkommen von 4 Zwischenkiefern nur in pathologischen Verhältnissen.

Die Kiefer werden erst in der 8. Woche angelegt zu einem Zeitpunkt, wo die Spalte schon ausgebildet sein muß, und können also in keinem Zusammenhang mit ihrer Bildung stehen. Nur in den ersten 6 Wochen sich geltend machende Schädlichkeiten sind von Einfluß, da später die Verschmelzung schon eingetreten ist oder doch eingeleitet. Man hat dabei zu unterscheiden zwischen „allgemeinen inneren und örtlichen äußeren Ursachen" (Lexer). Von den letzteren beschuldigt man vermehrten intrakraniellen Druck, der seinerseits durch ein zu enges Anliegen der Kopfkappe des Amnion entsteht. Ferner sind Hirnbrüche, kongenitale Tumoren (Teratome) beobachtet worden. Broca fand einen Tumor der Schädelbasis als Noxe, Lannelongue eine Geschwulst der Zunge neben einer Gaumenspalte. Auf die Möglichkeit einer primären Atrophie der Spaltränder nach entzündlichen Prozessen hat Biondi hingewiesen. Auch die Zwischenlagerung von Gewebsteilen, amniotischen Falten und Strängen hat man in Erwägung gezogen. Größere Wahrscheinlichkeit hat die Annahme einer Verwachsung des Amnion mit der Umgebung der Spalten und Furchen bei mangelndem Fruchtwasser. Durch die Zugwirkung der „Simonartschen Bänder" (Fronhöfer) werden die fötalen Spalten offen erhalten und das Wachstum der Fortsätze in eine andere Richtung gelenkt. Eine Anzahl von Spaltbildungen jedoch kann nur teilweise oder gar nicht in Beziehung zu fötalen Furchen und Spalten gebracht werden. Der Verlauf der Fissur entspricht hier nicht der embryonalen Furche. Diese Formen denkt man sich so entstanden, daß nach anfänglich mehr oder weniger vollendeter Vereinigung der Fortsätze nachträglich sich amniotische Stränge über den betreffenden Gesichtsteil spannen und zu der Abspaltung eines Stückes führen.

„Für allgemein innere Ursachen" spricht die Erblichkeit der Hasenscharte. Nach Tillmanns und Süßmuths Erfahrungen erfolgt die Vererbung häufiger von der mütterlichen Seite. Es sind aber Fälle bekannt, und wir haben auch einen solchen gefunden, daß vom Vater aus die Spaltbildung übertragen wird.

Man kann also nicht nur abnorme Verhältnisse in utero für die Genese der Mißbildung als ursächlich ansehen. Nach Haymann beruhen mindestens 20 % von Hasenscharten auf Vererbung. Wir haben unter 65 Fällen nur dreimal Anhaltspunkte dafür gefunden: Der Vater eines Jungen war als Kind selbst an einer Hasenscharte operiert, hat noch einen Wolfsrachen, sein erstes Kind daran gestorben. Bei Fall Nr. 63 zeigte der Bruder der Mutters Mutter die gleiche Spalte, und bei Fall Nr. 49 war eins der Geschwister tot geboren mit der Mißbildung. Die Erblichkeit beruht im allgemeinen auf fehlerhafter Keimanlage. „Doch sind vielleicht auch Störungen möglich, welche eine gewisse Bildungsschwäche als Grund, besonders der echten Hemmungsbildungen nach sich ziehen. Schade weist darauf hin, daß schon geringe Änderungen der Isoionie große Verschiedenheiten der Zellfunktion auslösen können. Besonders Änderungen des Ionengehaltes von Kochsalz, Kalk, Magnesium können nach Loeb und Herbst auf Keimanlagen von Tieren Entwicklungsstörungen hervorrufen, und zwar je nach der Art der Einwirkung der Ionen auf die Plasmahautkolloide, Doppelbildungen — abnorme Verwachsungen und Verschmelzungen erzeugen. Dadurch wird auch die Möglichkeit der Entstehung von Hemmungsmißbildungen als Folge einer (vielleicht auch vererbbaren) Bildungsschwäche gewisser Zellbezirke in Abhängigkeit von dem in seiner Leistungsfähigkeit geschädigten Organisationszentrum in den Vordergrund gerückt“ (Lexer).

Die Hasenscharten können einseitig und doppelseitig sein, kombiniert mit Spaltung des Alveolarfortsatzes und des Gaumens. Von kleinsten Einkerbungen des Lippensaumes sind alle Grade bis zum breiten Spalt, der bis in das Nasenloch reicht, möglich. Doppelseitige Scharten sind häufig gekennzeichnet durch das Ausbleiben der Verschmelzung von knöchernen Gaumenplatten, Vomer und Zwischenkiefer. Die Folge davon ist, daß Vomer mit Zwischenkiefer und Oberlippenphiltrum nach vorwärts wachsen und sich rüsselartig „vor das Gesichtsprofil schieben“ (Ebstein). Bei ganz ausgeprägten Spalten können Zwischenkiefer und Vomer zuweilen vollkommen fehlen. Unter der Nase zeigt sich dann ein breiter median gelegener Defekt. Trendlenburg faßt diese Fälle als „doppelseitige Spaltbildung mit Fehlen des Mittelstückes“ auf. Meist sind diese Formen begleitet von angeborenen Gehirndefekten (Arhinencephalie). Mediane Lippenspal-

ten sind selten. Wir haben sie bei unseren Patienten zweimal beobachten können.

Das Anscharhaus hat von Februar 1908 bis April 1929 65 Fälle aufgenommen, davon waren 46 einseitig, 17 doppelseitig. Von den einseitigen waren 30 links, 16 rechts. Die linksseitige Spaltbildung überwiegt demnach die rechtsseitige im Verhältnis 15 : 8. Die Bevorzugung der linken Gesichtshälfte läßt sich in der Literatur überall nachweisen. Albrecht schreibt es in seinem Lehrbuch der Chirurgie, ebenso Tillmann und Krause-Heymann. König sagt: Die Lippenspalte wird als einfache Spalte viel häufiger links getroffen, etwa in der doppelten Anzahl. Hüter geht noch weiter und gibt sogar an, daß bei den einseitigen Hasenscharten die linksseitigen so sehr die rechtsseitigen überwiegen, daß eine einseitige rechtsseitige Spalte geradezu als Seltenheit zu betrachten ist. In diesem Umfange können wir aus dem Material unserer Klinik seine Ansicht nicht bestätigen. Zur Erklärung ist angeführt worden, daß unvollkommene Entwicklung im ganzen an der linken Körperhälfte häufiger beobachtet wird als an der rechten, während Überproduktion z. B. überzählige Finger und Zehen, wieder häufiger rechts vorkommen sollen. Dies war bei unseren Patienten nicht der Fall.

Sind bei Knaben Spaltbildungen häufiger als bei Mädchen? Nach E. Müller betrafen von 270 Fällen 170 Knaben und 100 Mädchen. Von den einseitigen waren 142 links und 62 rechts. Fahrenbach beobachtete bei 210 Fällen eine Beteiligung von 68 % Knaben und 32 % Mädchen, es waren 112 links, 40 rechts, 59 doppelseitig.

Wir fanden bei unseren 65 Patienten 37 Knaben betroffen und 28 Mädchen. In 17 Fällen war die Spaltbildung doppelseitig, darunter

14 Fälle doppelseitig komplet,
3 „ rechts komplet,
links inkomplet.

Wenn wir das Alter unserer Patienten betrachten, kommen wir zu folgendem Resultat. 2 Patienten waren älter als ein Jahr (der eine 17 Monate, der andere $7^1/_2$ Jahre). Sie scheiden für die späteren Betrachtungen aus. Von den übrigen Kranken entfallen

auf den 1. Lebensmonat	44
„ die 1. Lebenswoche speziell	27
„ den 2. und 3. Monat	13
„ die übrigen Monate bis zum Ende des 1. Lebensjahres	6

Von den 44 Fällen im ersten Monat wurden

geheilt	29
ungeheilt	1
gestorben	14

Von den 27 Fällen der ersten Woche speziell

geheilt	18
ungeheilt	—
gestorben	9

Von den 13 Fällen des 2. und 3. Monats

geheilt	13
ungeheilt	—
gestorben	—

Über Erkrankungen und Zustände, die schon vor der Operation bestanden haben, die sie als unmittelbare Todesursache ausschließen, siehe Krankengeschichten.

Den günstigsten Zeitpunkt für die Hasenschartenoperation erblickt die Mehrzahl der Chirurgen in den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt. Die Entscheidung hängt von dem Allgemeinbefinden des Säuglings ab. Bei schwächlichen elenden Kindern ist der Eingriff ein Wagnis, dessen Gelingen allerdings die einzige Rettung des dem Tode sonst sicher verfallenen Kindes bedeuten kann. „Gerade bei atrophischen Kindern kann die frühe Behandlung lebensrettend wirken“ (Krause-Heymann). Nasen-, Rachen-, Bronchial-, Darmkatarrhe, Soor stellen eine absolute Gegenindikation dar. Den Gefahren der frühen Operation (Blutung, Wundinfektion, Narkose) stehen diejenigen des abnormen Zustandes gegenüber. Der große Vorteil der frühzeitigen Operation aber ist, daß

1. eine Quelle für vielfache Krankheitsursachen wegfällt,
2. die Ernährungs- und Respirationsverhältnisse und damit der Gesundheitszustand des Kindes gebessert und
3. der kosmetische Erfolg sichergestellt wird.

Nach Krause-Heymann sind in späteren Jahren die Verhältnisse für plastische Operationen nicht besser. Wohl nimmt das Material an Menge zu, zugleich wird aber die Spalte größer, die zunehmende Atrophie der Spalträndern und die Retraktion der Lippenhälften stellen ein gutes kosmetisches Resultat in Frage, auch verlieren Weichteile und Knochen immer mehr ihre Nachgiebigkeit. Auch französische Autoren, z. B. Dubois, weisen darauf hin, daß die ersten Lebenstage für die Ausführung der Operation die günstigsten Verhältnisse darbieten. Trendlenburg und Weber aber sprechen mit aller Entschiedenheit dagegen.

Die Mortalität der früh operierten Kinder ist abhängig von der Schwere der Mißbildung und nimmt mit zunehmendem Alter ab. Ein großer Prozentsatz der die Operation selbst gut überstehenden Kinder geht später durch äußere Einflüsse, mangelhafte Pflege und Ernährung zu Hause zugrunde an Verdauungsstörungen, Marasmus, Bronchopneumonien. Im Vergleich zur allgemeinen Kindersterblichkeit hat man nach König für die früh operierten Kinder ein Mehr von 10 % zu verzeichnen. Die Gesamtmortalität aller im ersten Lebensmonat operierten Kinder beträgt nach Trendlenburg 41,6 %, nach Fahrenbach, Abel, Müller 38,0—39,2 %. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Herrmann und Gotthelf.

Für die Behandlung der Hasenscharten sind eine Reihe von Operationsmethoden angegeben worden. Sie werden bei Kindern bis zum 6. Monat ohne Narkose ausgeführt, um dadurch der Aspiration von Blut vorzubeugen. Bei unvollständigen, nicht komplizierten Lippenspalten ist die bogenförmige Umschneidung der Spalträndern nach Gräfe geeignet. Die konkav gewordenen Wundränder strecken sich bei der Naht und verlängern so die Oberlippe.

Malgaigne (1844 zuerst beschrieben) legt einen Winkelschnitt so, daß Schleimhautsaum und Lippenrot an der Übergangsstelle beider in Verbindung bleiben. Zum Ausgleich von Höhenunterschieden beider Lippenhälften soll der laterale Wundrand schräger zugeschnitten sein als der mediale. Die vereinigten Läppchen werden nach unten geschlagen und nach entsprechender Formgestaltung vernäht. Ein kleiner rüsselartiger Vorsprung verhütet die Einkerbung der Lippe und kann später, falls er nicht genügend geschrumpft ist, abgetragen werden.

Nélaton durchschneidet die Oberlippe parallel zum Spaltwinkel, er verwendet aber den im obersten Spaltwinkel ungetrennten Saum ganz für die Naht.

Kosmetisch erfolgreicher ist die Methode von Mirault, die gleichzeitig auch eine größere Nahtsicherheit gewährleistet. Ihr Prinzip ist die Verwendung nur eines einzigen Läppchens, wenn irgend möglich, des lateralen. Damit soll ein dem tuberculum labii superioris entsprechender Vorsprung unter dem Philtrum gebildet werden. Von Bruns und Langenbeck wird das gleiche Verfahren geübt.

König frischt gradlinig an und führt dann parallel dem freien Lippenrande einen Horizontalschnitt. Er erhält 2 aus Haut und Lippenrot bestehende Läppchen, deren Vereinigungsnaht in die Mitte zu liegen kommt. Die stumpfen Enden beider sollen durch die Naht nach unten gekippt einen kleinen medianen Vorsprung bilden.

Mit gutem Erfolg bezg. Funktion und Kosmetik wird im Anscharhaus die Hasenschartenoperation in der von Prof. Ferdinand Petersen angegebenen Weise ausgeführt. Sie ist für ein- und doppelseitige, vollständige und unvollständige Hasenscharten gleich gut verwendbar. Ihre einzelnen Phasen sind kurz folgende:

1. Abklemmung der Oberlippen beiderseits mit Höpfnerschen Klemmen zur Vermeidung starken Blutverlustes.
2. Bildung zweier Malgaignescher Läppchen, an deren Ende eine kleine Klemme gelegt wird (Herabhängen der Läppchen). Anfrischung der Spaltränder in ihrer ganzen Ausdehnung.
3. Man denkt sich die Wundränder in drei gleiche Teile geteilt und macht auf der einen Seite an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel, auf der anderen zwischen mittlerem und unterem Drittel wagerechte Einschnitte, so lang als eins dieser Drittel hoch ist.
4. Vereinigung der Zipfel durch Seidenknopfnähte. Xeroformpaste.

Auf diese Weise wird die Lippe verlängert, eine stärkere Narbenkontraktur bis zum Einkniff der Oberlippe kommt nicht vor. Das funktionelle und besonders kosmetische Resultat ist ausgezeichnet.

Die Nahtsicherheit ist bei allen Schnittführungen nur dann gewährleistet, wenn sie ohne jede Spannung gelegt ist. Bei Hasenscharten geringen Grades genügt es die Lippe in der Gegend des Spaltrandes vom Kiefer zu lösen. Breite Spalten jedoch mit Defekten im Alveolarfortsatz machen die Ablösung der Weichteile oft bis zum for. infraorbitale notwendig. Andere Methoden verwenden äußere Entspannungsschnitte und schränken damit den kosmetischen Erfolg stark ein. Bruns Bogenschnitt um den Nasenflügel der Spaltseite herum wirkt noch am wenigsten störend in dieser Beziehung. Zu erwähnen ist auch der gradlinig unmittelbar unter der Nase nach beiden Seiten horizontal verlaufende Schnitt nach Roser und Dieffenbachs Wellenschnitt.

Die Operation der doppelseitigen Hasenscharten ist nicht wesentlich verschieden, solange der Zwischenkiefer nicht prominiert. Auf verschiedene Weise hat man versucht, den vorspringenden Zwischenkiefer zu erhalten und reponieren. Man darf freilich nicht die Erreichung normaler Verhältnisse erwarten. Ein häufig geübtes Verfahren ist die subperiostale Durchschneidung des Vomer und des Septum nach v. Bardeleben im Anschluß an deren keilförmige Resektion (nach Blandin). Demgegenüber steht die unblutige Methode mit dem allmählichen manuellen Zurückdrängen des Zwischenkiefers. Ferner die Methode nach Brophy: Durch Drahtligaturen wird das Zwischenstück in seine Lage zurückgebracht und fixiert. Lorenz entfernt den Zwischenkiefer ganz bei erheblichen Mißbildungen und benutzt die stehenbleibende Haut und Schleimhaut zur Verlängerung des Septums. Reich erzielt das gleiche, aber unter Erhaltung des Zwischenkiefers. Das Philtrum bei vollständigen doppelseitigen Hasenscharten ist zu kurz, um noch für die Bildung des Lippenrandes zu genügen; es muß daher vollständig angefrischt werden, rundlich oder rechtwinklig oder in Form eines V. Die Bildung des mittleren Lippenteiles muß von den seitlichen Läppchen der Spalträander übernommen werden. Ragt das os intermaxillare nur unbedeutend vor, kann der Schluß der Lippenspalte gleich angeschlossen werden; im gegenteiligen Falle muß man solange warten, bis der Zwischenkiefer beweglich geworden ist und seine neue (eigentliche) Stellung angenommen hat.

Die Nachbehandlung hat für das Allgemeinbefinden des Kindes Sorge zu tragen. Eventuelle Entspannung der Naht durch Heftpfasterverbände.

In manchen Fällen sind Nachoperationen angezeigt, sie dienen der Formverbesserung und werden zweckmäßig erst in späteren Jahren vorgenommen, „wenn die Proportionen nicht mehr so miniaturhaft sind und ein gutes Resultat mit dementsprechend größerer Sicherheit erhofft werden kann“ (Melchior)

Im folgenden sei es mir gestattet, die Krankengeschichten unserer 65 Fälle anzuführen.

1. Knabe Helbingen, 1 Tag. Aufg. 4. II. 1908. Diagn. komplete Hasenscharte links und komplete Gaumenspalte; — schwaches, nicht ganz ausgetragenes Kind. Wegen Schwäche zunächst auf Operation verzichtet. 20. II. Operation. 21. II. abends Kollapstemp. 35,0. Nähte gehen auf, Kollaps bleibt bestehen. 25. II. Exitus.

2. Bruno Zawalink, 1 Monat. Aufg. 21. V. 1908. Diagn. linksseitige Hasenscharte, unvollständig. 25. V. Plastik n. Nélaton. 10. VI. Wunde gut vernarbt. Geheilt entlassen.

3. Erika Berndt, 1 Tag. Aufg. 28. XII. 1908. Diagn. linksseitige komplete Lippen- und Gaumenspalte. Cheiloplastik n. Petersen. 12. I. 09. Es tritt Mundfäule auf. Die Lippenhälften gehen auseinander. Exitus.

4. Emma Diekmann, 9 Tage. Aufg. 2. X. 1909. Diagn. linksseitige komplete Hasenscharte und Gaumenspalte. Ekzem. Soor. Nach Abheilung Operation nach Petersen. 14. XI. geheilt entlassen.

5. Annemarie Dippel, 1 Tag. Aufg. 9. VII. 1909. Diagn. linkss. kompl. Hasenscharte. 9. VII. Plastik n. Petersen. 19. VII. Nähte werden entfernt. 23. VII. geheilt entlassen.

6. Paul Mumsen, 20 Tage. Aufg. 23. XI. 1910. Diagn. rechtss. kompl. Hasenscharte. Operation nach Petersen. Primäre Heilung. 30. XI. geheilt entlassen.

7. Anna Junge, 2 Monate. Aufg. 1. IX. 1910. Diagn. linkss. inkompl. Hasenscharte. Operation nach Malgaigne. Heilung nimmt einen normalen Verlauf. Keine Temperatursteigerung. In ambulante Behandlung entlassen.

8. Magdalene Repening, 7 Tage. Aufg. 27. VII. 1910. Diagn. linkss. kompl. Hasenscharte und kompl. Gaumenspalte. 28. VII. Operation n. Petersen. 5. VIII. geheilt entlassen.

9. Hans Pohl, 3 Wochen. Aufg. 30. VI. 1910. Diagn. rechtss. inkompl. Hasenscharte. Operation n. Petersen. 31. VII. geheilt entlassen.

10. Rolande Viccarini, 8 Wochen. Aufg. 25. II. 1910. Diagn. rechtss. inkompl. Hasenscharte. 27. II. Operation n. Nélaton. 10. III. geheilt entlassen.

11. Walter Magnus, 4 Wochen. Aufg. 6. I. 1910. Diagn. rechtss. kompl. Hasenscharte mit Kiefer- und Gaumenspalte. 7. I. Operation n. Petersen. Entspannungsplattennaht. 21. I Hasenscharte völlig geschlossen. Tadellose schön geschwungene Oberlippe. Geringe Abplattung der Nase. Zur Operation der Gaumenspalte auf ein Jahr später bestellt.

12. Erich Lübbert, 4 Wochen. Aufg. 13. VII. 1911. Diagn. kompl. doppels. Hasenscharte und Gaumenspalte. 21. VII. Cheiloplastik. 9. VIII. geheilt entlassen.

13. Walter Altenburg, 4 Wochen. Aufg. 3. IV. 1911. Diagn. doppels. Hasenscharte, stark vorspringender Zwischenkiefer, doppels. Kiefer- und Gaumenspalte. Links: Hasenscharte unvollständig, nur der weiche Gaumen gespalten. Rechts: Hasenscharte vollständig, weicher und harter Gaumen gespalten. An der linken Hand zwei Daumen. Wegen ausgeprägten Soors entlassen mit der Weisung, nach der Abheilung wiederzukommen.

14. Paul Lorenzen, 8 Wochen. Aufg. 15. III. 1911. Diagn. linkss. kompl. Hasenscharte. Operation n. Mirault. 27. III. geheilt entlassen.

15. Ilse Graumann, 4 Stunden. Aufg. 4. II. 1911. Diagn. doppels. Hasenscharte mit Gaumenspalte und prominentem Zwischenkiefer. Kopfgeschwulst vorhanden, aber im Zurückgehen. Wird mittels Schlundsonde durch Fenchel ernährt. Es wird Gastronomie gemacht, aber ohne besonderes Resultat. Gastroenterostomie in Vorschlag gebracht, jedoch nicht ausgeführt. Abends erfolgt Exitus letalis.

16. Elfriede Tewes, 7 Wochen. Aufg. 25. IV. 1912. Diagn. linkss. inkompl. Hasenscharte. 30. IV. Plastik n. Petersen. 8. V. Nähte teilweise durchgeschnitten. Das Lippenrot hängt als kleines Läppchen herab. Fixierung durch zwei neue Nähte. Heftpflasterverband, das Kind soll sich nach 8 Tagen wieder vorstellen und wird nach Hause entlassen.

17. Carla Rethwisch, 4 Monate. Aufg. 4. XII. 1912. Diagn. vollständige rechtss. Hasenscharte mit Gaumenspalte. Hernia inguinalis congenit. beiderseits. Kleiner Nabelbruch. 6. XII. Ope-

ration n. Petersen. Einführung von Drains in die Nasenlöcher. Xeroformsalbe. Heftpflasterstreifen zur Entspannung. 21. XII. mit fester Narbe entlassen.

18. Werner Teege, 1 Tag. Aufg. 15. IX. 1912. Diagn. doppels. Hasenscharte, links inkompl., rechts kompl. Harter und weicher Gaumen mit Uvula sind nicht vorhanden. 26. IX. Operation der rechten Seite n. König. 1. X. Da die Nähte nicht gehalten haben, werden neue Nähte gelegt. 15. X. Operation der linken Seite n. König. Lippenplastik gut gelungen. Die Uranoplastik soll im 4. Jahr vorgenommen werden. 1. XI. geheilt entlassen.

19. Willi Bunz, 9 Tage. Aufg. 15. I. 1912. Diagn. links. kompl. Hasenscharte. Nabelhernie. 16. II. Operation n. Petersen. 1. III. morgens plötzlich cyanotisch und dyspnoisch. Mit Hilfe von Kampfer, Packungen, Sauerstoff bessert sich der Zustand. Einige Stunden später Temp. 35,4. Durchfälle. Erbrechen. 3. III. Durchfälle halten noch an, Erbrechen aufgehört. 4. III. Hasenscharte vollständig verheilt. 11. III. Abszess am rechten Unterarm gespalten, Entleerung von dickem gelbem Eiter. 14. III. Abszess am linken Oberarm gespalten. In ambulante Behandlung entlassen.

20. Hans Christian, 3 Monate. Aufg. 16. IV. 1913. Diagn. kompl. linkss. Hasenscharte, linkss. Gaumenspalte. 16. IV. Operation n. Petersen. 26. IV. Nähte entfernt, Wundnaht bis auf den obersten Winkel gut geheilt. Kind wird entlassen.

21. Anneliese Arp, 9 Monate. Aufgen. 14. I. 1913. Diagn. inkompl. Hasenscharte links. 15. I. Operation n. Petersen. 28. I. mit fester Narbe entlassen.

22. Karl Kröger, 1 Monat. Aufg. 2. I. 1913. Diagn. kompl. doppels. Hasenscharte mit kompl. Gaumenspalte. Gastroenteritis. Paedatrophie. 10. I. Operation links, abends kollabiert das Kind: Kampfer, Kochsalzinfusion. 11. I. Kind hat sich erholt. 21. I. Haltenaht entfernt. 27. I. Fäden entfernt. Naht hat in ganzer Ausdehnung gehalten. 1. II. ständig Erbrechen, Durchfall. 9. II. Kind wird bei starker Abmagerung immer schwächer. 11. II. Kind liegt apathisch. Abends Exitus. Sektion verweigert.

23. Erika Staade, 3 Stunden. Aufg. 28. XI. 1913. Diagn. kompl. doppels. Hasenscharte mit Gaumenspalte. 9. XII. Operation n. König. Die Nähte haben durchgeschnitten. 20. XII. Anlegen einer Bandage. 1000 Diphtherieserum. 8. I. Wieder-

vereinigung der Lippenspalte n. Petersen. 15. I. Die Naht hat nur in der oberen Hälfte gehalten. Haltenaht wird angezogen. 23. I. Nähte entfernt, bis auf eine Stelle verheilt. Kind wird entlassen, soll nach 6 Wochen wiederkommen.

24. Werner Harbeck, 6 Monate. Aufg. 10. XI. 1913. Diagn. linkss. unvollständige Hasenscharte. 11. XI. Operation n. Petersen. Xeroformsalbe. 22. XI. Heilung per primam. Geheilt entlassen.

25. Dolly Rohart, 17 Tage. Aufg. 29. X. 1913. Diagn. rechtss. inkompl. Hasenscharte. 31. X. Operation n. Petersen. 10. XI. mit fester Narbe entlassen.

26. Anna Schöning, 1 Tag. Aufg. 15. IX. 1913. Diagn. linkss. inkompl. Hasenscharte. 16. IX. Operation ohne Narkose. 27. IX. Geheilt entlassen.

27. Kurt Schrein, 1 Tag. Aufg. 5. IX. 1913. Diagn. linkss. inkompl. Hasenscharte, Kiefer- und Gaumenspalte. 6. IX. Operation. 8. IX. Das Kind wird in gutem Wohlbefinden auf Wunsch der Eltern entlassen.

28. Käthe Kohlhase, 1 Tag. Aufg. 31. VII. 1913. Diagn. doppels. Lippen- und Gaumenspalte. Polydaktylie. Hernia funiculi umbilicalis. Meckelsches Divertikel. Frühgeborenes unentwickeltes Kind. 1. VIII. Operation der Hernie in Chloroform-Sauerstoffnarkose. Nachm. Kind atmet schlecht, fühlt sich kalt an, es wird unter den Heizbügel gelegt. Abends Exitus.

29. Hans Beckmann, 9 Wochen. Aufg. 25. V. 1913. Diagn. vollständige rechtss. Hasenscharte und vollständige mediane Gaumenspalte. Angioma carvern. region. dorsal. 29. V. Operation n. Petersen. 10. VI. Naht ist fest. Fäden entfernt. 11. VI. Extirpation des Angioms. 12. VI. Mit guter Lippenplastik und bei gutem Allgemeinbefinden entlassen. Soll am 15. VI. poliklinisch vorgestellt werden.

30. Elfriede Evers, 5 Monate. Aufg. 19. VII. 1913. Diagn. unvollständige rechtss. Lippenspalte. Der weiche Gaumen ist auch gespalten. 21. VII. Operation nach Petersen. 28. VII. Ein erbsengroßer Hauptlappen ist nicht angewachsen, liegt vor der rechten Nasenöffnung. Er wird durch ein in die Nase gelegtes Drain reponiert. 30. VII. In Heilung entlassen.

31. Erna Laffrenz, 4 Wochen. Aufg. 11. VI. 1913. Diagn. Medianer Lippenspalt. Defekt des Zwischenkiefers. Mediane

Gaumenspalte. Operation n. Petersen. 22. VI. Kind kollabiert öfters, erholt sich aber nach Kampferinjektion. 25. VI. Nähte entfernt. 26. VI. Kollaps. Trotz Wärme und Kampferinjektion Exitus.

32. Ella Jacks, 1 Tag. Aufg. 24. VIII. 1913. Diagn. vollständige linkss. Lippen- und Gaumenspalte. 27. VIII. Operation. 23. IX. geheilt entlassen.

33. Richard Leu, 5 Monate. Aufg. 27. VII. 1914. Diagn. linkss. kompl. Hasenscharte. 30. VII. Operation. 17. VIII. geheilt entlassen.

34. Herbert Schlicks, 5 Wochen. Aufg. 23. III. 1915. Diagn. vollständige Lippen- und Gaumenspalte links. 27. III. Plastik. 29. III. geheilt entlassen.

35. Henni Biegmann, 2 Tage. Aufg. 20. III. 1915. Diagn. kompl. linkss. Lippen- und Gaumenspalte. 12. IV. Plastik. 20. IV. Wundverlauf reaktionslos. 26. IV. geheilt entlassen, zur Uranoplastik wiederbestellt.

36. Eduard Bossen, 1 Tag. Aufg. 8. I. 1915. Diagn. doppels. Lippen- und Gaumenspalte. 3. II. Lippenplastik. 1. III. geheilt entlassen.

37. Hans Behrends, 2 Monate. Aufg. 4. IX. 1916. Diagn. Mediane Lippenspalte. 5. IX. Lippenplastik. Xeroformpaste. 11. IX. geheilt entlassen.

38. Georg Sassermann, 9 Monate. Aufg. 18. I. 1916. Diagn. rechtss. unvollst. Lippen- und Gaumenspalte. 22. I. Wegen Husten wird die Operation verschoben. 28. I. Lippenplastik. 7. II. geheilt entlassen.

39. Baby Köhnke, 1 Tag. Aufg. 13. XI. 1917. Diagn. doppels. Hasenscharte, rechtss. Gaumenspalte. Der Zwischenkiefer prominiert. 23. XI. Operation ohne Narkose. Xeroformsalbe. 10. XI. Entlassung mit gut verheilter Narbe.

40. Kurt Wetzel, 3 Monate. Aufg. 23. IV. 1917. Diagn. linkss. unvollst. Hasenscharte. Wegen starker Bronchitis bis jetzt noch nicht operiert. Operation n. Petersen. 10. V. geheilt entlassen.

41. Christian Lensch, 3 Monate. Aufg. 10. IV. 1917. Diagn. rechtss. unvollst. Hasenscharte. 20. IV. Operation n. Petersen. 21. IV. Temp. 40,3. Die abgeklungene Bronchitis wieder verschlimmert. 30. IV. Nähte entfernt, die Wunde ist gut

verheilt. Temp. noch leicht erhöht. 8. V. mit fester Narbe entlassen. Die Mutter erhielt die Weisung, die noch nicht ganz abgeklungene Bronchitis weiter behandeln zu lassen.

42. Ernst Gerert. 2 Tage. Aufg. 31. X. 1918. Diagn. doppels. Lippen- und Gaumenspalte. 5. X. Lippenplastik. 8. X. Exitus letalis.

43. Ingeborg Foermer, 17 Monate. Aufg. 17. VI. 1919. Diagn. linkss. unvollst. Hasenscharte. 20. VI. Operation n. Petersen. 2. VII. mit gutem Resultat entlassen.

44. Hans Monzer, 4 Tage. Aufg. 15. V. 1919. Diagn. doppels. Lippen- und Gaumenspalte. Erblich. Der Vater als Kind an H. operiert, hat noch einen Wolfsrachen, sein erstes Kind daran gestorben. 16. V. Operation der rechten Seite. 26. V. glatter Heilungsverlauf. Entfernung der Nähte. 2. VI. Operation der linken Seite. 14. VI. geheilt entlassen.

45. Hans Hoof, 4 Tage. Aufg. 20. X. 1920. Diagn. doppels. Lippen- und Gaumenspalte. 20. X. Cheiloplastik nach Mirault. 28. X. geheilt entlassen. Uranoplastik später vorgesehen.

46. Hermann Reese, 5 Stunden. Aufg. 4. V. 1920. Diagn. rechtss. kompl. Lippen- und Gaumenspalte. Atresia ani. Phimose. 5. V. Operation der Phimose; Beseitigung der Atresia. 7. V. Gutes Allgemeinbefinden. 9. V. Zweite Operation der Spalte n. Petersen. 10. V. Plötzliche Atemnot. Cyanose, Erbrechen, Bewußtlosigkeit. Das Kind erholt sich nicht mehr. Exitus.

47. M. Jürgen Behrend, 10 Tage. Aufg. 26. II. 1920. Diagn. linkss. kompl. Lippen- und Gaumenspalte 27. II. Operation n. Petersen. 12. III. Wunde gut verheilt. Entlassung.

48. Mädchen Krumpardt, 1 Tag. Aufg. 25. IX. 1921. Diagn. linkss. vollst. Hasenscharte. 16. IX. Operation n. Petersen. In Heilung entlassen.

49. Otto Böge, 14 Tage. Aufg. 31. V. 1921. Diagn. linkss. kompl. Hasenscharte und Gaumenspalte. Eins der Geschwister totgeboren mit der Mißbildung. 14. VI. Plastik nach Petersen. 16. VI. Exitus letalis.

50. Helmut Kühl, 5 Tage. Aufg. 26. V. 1921. Diagn. unvollst. Hasenscharte links. 28. V. Plastik n. Petersen. 1. VI. Wunde sieht gut aus, wird in ambulante Behandlung entlassen.

51. Elisabeth Jans, 1 Tag. Aufg. 26. V. 1921. Diagn. kompl. Hasenscharte links, Wolfsrachen. Plastik nach Petersen. 29. V. Unter dem Zeichen der Herzschwäche Exitus letalis.

52. Ludwig Kroll, 7 Tage. Aufg. 13. I. 1921. Diagn. linkss. vollst. Lippen- und Gaumenspalte. 14. I. Operation n. Petersen. 18. I. Wunde sieht gut aus, geheilt entlassen.

53. Irmgard Lohmau, 10 Wochen. Aufg. 13. IX. 1922. Diagn. rechtss. kompl. Hasenscharte. 13. IX. Operation n. Petersen. 14. IX. Befinden gut. Das Kind wird auf Wunsch der Eltern mit nach Hause genommen und gebessert entlassen.

54. Johann Hintz, 2 Tage. Aufg. 29. VIII. 1922. Diagn. rechtss. vollst. Lippen- und Gaumenspalte. 9. IX. Operation. Quere Vernähung der frischen Wundränder. Steriler Verband. 21. IX. nach glattem Heilverlauf entlassen.

55. Edith Ribbe, 2 Tage. Aufg. 8. IV. 1922. Diagn. unvollst. rechtss. Hasenscharte und vollst. Gaumenspalte. 8. IV. Operation n. Petersen. Heftpflasterverband. 10. IV. Pat. hat den Eingriff gut überstanden. In ambulante Weiterbehandlung entlassen.

56. Karl Barandern, 7½ Jahre. Aufg. 10. X. 1922. Diagn. doppels. Lippen- und Gaumenspalte. Das Kind wurde mit 3 Wochen operiert, dann wieder nach 10 Wochen und dann nochmals nach 2 Jahren. Es geht zur Schule und kann gut mitkommen. 10. X. Operation in Chloräthyläthertropfnarkose. 12. X. Gutes Befinden, normale Temp. 30. X. Nähte entfernt. 2. XI. geheilt entlassen.

57. Erika Pries, 4 Wochen. Aufg. 6. VII. 1923. Diagn. rechtss. unvollst. Hasenscharte. 11. VII. Plastik. 19. VII. Der Faden unter der Nase ist durchgeschnitten. Geringe Fadenbetteiterung. 21. VII. Die Wunde ist nahezu geheilt, Pat. wird entlassen.

58. Elisabeth Heitmann, 12 Tage. Aufg. 12. XII. 1923. Diagn. kompl. doppels. Hasenscharte und Gaumenspalte. 12. XII. Operation nach Brophy. 20. XII. Kind in schlechtem Allgemeinzustand. Dyspnoe und Cyanose. Über beiden Lungen hört man bronchovesikuläres, z. T. auch reines Bronchialatmen. Die Operationswunde ist zufriedenstellend. 21. XII. Unter Temperaturanstieg und zunehmender Dyspnoe Exitus.

59. Hermann Beck, 14 Tage. Aufg. 19. XI. 1923. Diagn. doppels. kompl. Hasenscharte mit Spaltung des harten und wei-

chen Gaumens. Schwächliches Kind. 23. XI. Operation erst der linken, dann der rechten Spalte. Wegen starker Spannung wird eine breite Naht angelegt, die in dem Grübchen der rechten und linken Wange ausgestochen wird. Pat. ist sehr unruhig, schläft jedoch auf Chloralhydrat. 27. XI. rechte Spalte gelockert. 28. XI. Nähte rechts schneiden durch. Erneute Operation, nachdem die Borke der Wunde sich abgestoßen hat. 8. XII. Operation der Gaumenspalte nach Brophy. 20. XII. Dritte Operation. Die beiden Teile der Oberlippe werden angefrischt und durch Seidenknopfnähte miteinander vernäht. 30. XII. In den letzten Tagen abends Temp. Kind ist ruhig. 9. I. 24. abends geringe Temp. Kind wird teilnahmslos und sieht elend aus. Leichte Dämpfung am unteren Rand der linken Lunge. 13. I. Dämpfung hat an Intensität zugenommen. 14. I. Kind ist außerordentlich blaß und hinfällig. Exitus. Sektionsbericht: Empyem der Pleurahöhle mit vollst. Kompressionsatelektase der linken Lunge. Bronchopneumonische Herde in den hinteren Partien des rechten Ober- und Unterlappens. Verfettung der Leber. Offenes for. ovale.

60. Werner Kiebler, 5 Tage. Aufg. 24. III. 1924. Diagn. Doppels. kompl. Lippen- und Gaumenspalte. 24. III. Operation n. Petersen. 2. IV. Allgemeinbefinden gut. 8. IV. Kind wurde kurzatmig. Links Bronchialatmen. Exitus. Begleitschein: Staphylococcus aureus in großen Mengen.

61. Ellen Kühn, 8 Tage. Aufg. 22. X. 1924. Diagn. linkss. kompl. Lippen- und Gaumenspalte. 29. X. Operation n. Petersen. 4. XI. Gute Heilungstendenz. Entlassung.

62. Hans Sühr, 2 Tage. Aufg. 4. II. 1926. Diagn. kompl. doppels. Hasenscharte und Gaumenspalte. 5. II. Der stark vorspringende Zwischenkiefer wird mittels manueller Kompression zurückgebracht. 6. II. Lippenplastik. 7. II. Exitus letalis.

63. Eleonore Heesch, 1 Tag. Aufg. 21. V. 1926. Diagn. kompl. linkss. Hasenscharte, kompl. Gaumenspalte. Der Bruder der Mutters Mutter hat die gleiche Mißbildung. 22 V. Operation n. Petersen. 31. V. Fäden entfernt. Wundränder gut verklebt. In Heilung entlassen.

64. Gretel Jessen, 4 Monate. Aufg. 23. III. 1927. Diagn. linkss. vollst. Hasenscharte. Am 4. Tag nach der Geburt operiert.

Am 18. XII. 1926 zum 2. Mal und am 4. I. 1927 wieder. Zahnarzt setzte danach eine Celluloidplatte ein. 24. III. Operation n. Petersen. 8. IV. geheilt entlassen.

65. Heinz Diekmann, 8 Wochen. Aufg. 9. IV. 1929. Diagn. rechtss. vollst. Lippen- und Gaumenspalte. 11. IV. Lippenplastik. 18. IV. Heilungsverlauf ist sehr gut: p. p. i. 20. IV. Wunde sieht gut aus, glatte Narbenbildung. Da nach den Mahlzeiten häufig Erbrechen auftritt, sich weiterhin auch im Gebiete des Kopfes ein stark nässendes Erythem entwickelt hat: Überweisung zur Kinderklinik.

* * *

Zum Schluß sei es mir gestattet, auch an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Göbell für die liebenswürdige Anregung zu der Arbeit sowie für die Übernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Lexer: Chirurgie des Kopfes. Aus dem Handbuch der Chirurgie von Garré, Küttner, Lexer.

Albrecht: Lehrbuch der Chirurgie. 1890.

Krause-Heymann: Lehrbuch der chirurgischen Operationen. 1912.

Leser: Die spezielle Chirurgie. 1887.

Tillmann: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 1899, 1891.

Melchior: Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen.

Lexer: Angeborene Mißbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtes, Plastische Operationen. Aus dem Handbuch der praktischen Chirurgie, 1900, von Bergmann, Bruns, Mikulicz.

Ebstein-Schwalbe: Chirurgie des praktischen Arztes. 1907.

König: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. I. Bd. 1898.

Lossen: Hüters Grundriß der Chirurgie. 1884.

Heinecke: Kompendium der chirurgischen Operations- und Verbandslehre. 1856.

Kaerger: Über die Behandlung der angeborenen Kiefer- und Gaumen spalten.

Koopmann: Die Hasenscharten an der Klinik.

Seifert: Chirurgie des Kopfes und Halses für Zahnärzte.

Lebenslauf.

Ich, Hedwig Faus, bin am 17. April 1907 in Sulzbach-Saar geboren. Mein Vater ist der Oberamtmann Karl Faus, meine Mutter Hedwig, geb. Treffon. Von meinem 6. Lebensjahr besuchte ich die Auguste-Victoria-Schule zu Saarbrücken und erhielt Sommer 1926 das Zeugnis der Reife. Meine Studienzeit verbrachte ich an den Universitäten Frankfurt a./M., Bonn, München und Kiel, wo ich am 25. November 1930 mein zahnärztliches Staatsexamen bestand.